Deutsche Medizinische Wochenschrift

Anschrift für Schriftleitung und Georg Thieme Verlag: 7000 Stuttgart 30, Rüdigerstraße 14

Inhaltsverzeichnis für den 109. Jahrgang
1. Halbjahr 1984 Hefte 1–26



Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York

Sachverzeichnis[1]

[1] Die fettgedruckten Zahlen bedeuten Originalarbeiten, die Kursivzahlen Mediquiz.

B

C

D

E

F

G

H

I

J

N

O

P

Q

R

S

T

U

Verhandlungsberichte

Mediquiz

Fall 1135 1

Pseudoxanthoma elasticum. – Diesem Krankheitsbild liegt eine genetisch determinierte, fehlerhafte Synthese der elastischen Fasern mit Calcifizierungstendenz zugrunde. Diese pathologischen elastischen Fasern treten in der Haut, der Retina sowie in der Elastica der Arterien auf. Man kann heute vier Formen dieses Krankheitsbildes unterscheiden, von denen zwei autosomal rezessiv und zwei weitere autosomal dominant vererbt werden. Sie unterscheiden sich bezüglich der Schwere der Veränderungen und der Betonung der einzelnen genannten Organsysteme.

Das klinische Bild bei der hier gezeigten Patientin ist typisch.

Internistische Veränderungen sind Herabsetzung des Visus (»angioid streaks« am Augenhintergrund), Magenblutungen (Befall der Magenarterien), Angina pectoris (Beteiligung der Koronargefäße) sowie Claudicatio intermittens (Befall peripherer Arterien mit radiologisch nachweisbarer Verkalkung).

Eine spezifische Therapie ist derzeit nicht möglich.

Privatdozent Dr. W. Sterry, Universitäts-Hautklinik Köln

Fall 1136 2

Bland-White-Garland-Syndrom. – Bei diesem Syndrom handelt es sich um eine angeborene Anomalie der Koronararterien. Dabei entspringt die Arteria coronaria sinistra fehlortig aus dem Hauptstamm der Pulmonalarterie. Hieraus resultiert eine erhebliche Minderperfusion des Versorgungsgebiets dieses Herzkranzgefäßes, meist unter dem Bild eines Vorderseitenwandinfarktes in dem hierfür ungewöhnlichen Säuglingsalter. Pathognomonisch sind tiefes Q und negatives T in I und aVL, RS-Form in V_1 bis V_3, erhöhter Abgang von ST und negatives T in V_3 und V_4, tiefes Q, konvexbogige St-Senkung und negatives T in V_5 und V_6.

Chirurgisch werden sowohl Umpflanzungs- als auch Bypass-Operationen versucht. Dies war im vorliegenden Fall wegen zweier großer »älterer« Infarktbezirke an der Vorderwand und der Vorderseitenwand nicht mehr erfolgreich.

Literatur: Wesselhoeft, H., J. S. Fawcett, A. Johnston: Anomalous origin of the left coronary artery from the pulmonary trunc. Circulation 38 (1968), 403.

Privatdozent Dr. H. E. Ulmer, Abteilung Kinderkardiologie, Universitäts-Kinderklinik Heidelberg

Fall 1137 41

Inflammatorischer linearer verruköser epidermaler Naevus. – Dieses Krankheitsbild ist als eigene Entität erst 1971 abgegrenzt worden und zeigt ein charakteristisches klinisches und histologisches Bild. Im Mittelpunkt der subjektiven Symptomatik steht der konstante Juckreiz, morphologisch zeigt sich eine Rötung mit geringer Schuppung bei konstant bleibender Ausdehnung der Herde. Histologisch findet man in stetigem Wechsel normale und parakeratotisch verhornende Epidermisabschnitte; offenbar sind in den befallenen Bereichen Inseln von Epidermiszellklonen eingestreut, die eine pathologische Verhornung aufweisen.

Bei diesem epidermalen Naevus können therapeutisch operative Maßnahmen, etwa hochtouriges Schleifen, herangezogen werden; in den meisten Fällen wird man sich jedoch auf symptomatische Maßnahmen beschränken.

Privatdozent Dr. W. Sterry, Universitäts-Hautklinik Köln

Fall 1138 42

Aszites. – Auch durch die computertomographische Untersuchung konnte das Krankheitsbild nicht geklärt werden. Die Aufnahme zeigt jedoch eine riesige, sich bis zum Becken erstreckende Aszitesmenge, in der die Darmschlingen frei schwimmen. So ist zum Beispiel ventral rechts das Colon ascendens zu erkennen, während die eigenartige, aus zwei konzentrischen Kreisen hervorgerufene Figur in der Mitte durch eine U-förmig aufgestellte und schwimmende Dünndarmschlinge entstand.

Durch Laparoskopie mit Gewebsentnahme konnte eine diffuse Peritonealtuberkulose bei unbekanntem Primärherd gesichert werden.

Dr. med. habil. H. Treugut, Radiologisches Institut des Katharinenhospitals Stuttgart

Fall 1139 81

Pilomatrixom (Epithelioma calcificans Malherbe). – Es handelt sich um einen Tumor, der sich in Richtung von Haarmatrixzellen, im besonderen solcher Matrixzellen, die den Haarkortex bilden, differenziert. Der Tumor ist gutartig, fast immer im Gesicht, gelegentlich auch an den Extremitäten lokalisiert, im allgemeinen 0,5 bis 3 cm groß; er kommt fast immer solitär vor. Das Pilomatrixom kann grundsätzlich in jedem Lebensalter auftreten, wenngleich Kinder und Jugendliche bevorzugt betroffen sind. Die Therapie besteht in der einfachen Exzision im Gesunden.

Privatdozent Dr. W. Sterry, Universitäts-Hautklinik Köln

Fall 1140 82

Romano-Ward-Syndrom. – Es handelt sich um die ausgeprägte Form eines »langen QT-Syndroms«. Bereits im Phonokardiogramm ist neben einem akzidentellen Systolikum zu erkennen, daß die T-Welle weit über das Ende des zweiten Herztons hinaus verlängert ist. Bei normaler mechanischer Systolendauer (350 ms) liegt somit eine erhebliche QT-Verlängerung vor. Die QT-Zeit ist in Ruhe mit 0,54 s um 30% der frequenzbezogenen Norm (0,44 s) verlängert und liegt weit außerhalb des Streubereichs der Norm (0,37–0,46 s). Nach Belastung stieg die QT-Verlängerung auf 40% der Norm an.

Auch bei der Mutter fand sich eine um 35% verlängerte QT-Zeit. Da bei dem Jungen keine Schwerhörigkeit besteht, muß unter Berücksichtigung der Familienanamnese das autosomal dominant vererbliche Romano-Ward-Syndrom angenommen werden. Todesursachen sind ventrikuläre Tachykardien und Kammerflimmern. Mit Propranolol bereits in niedriger Dosierung kann die Letalität von unbehandelt 73% auf 6% gesenkt werden.

Literatur: Schwartz, P. J., M. Periti, A. Malliani: The long QT-syndrome. Amer. Heart J. 89 (1975), 378.

Privatdozent Dr. H. E. Ulmer, Abteilung Kinderkardiologie, Universitäts-Kinderklinik Heidelberg

Fall 1141 121

Mondorsche Krankheit. – Bei dieser Krankheit handelt es sich mit großer Wahrscheinlichkeit um eine Lymphangitis und nicht, wie früher angenommen, um eine Phlebitis (sklerosierende Periphlebi-

tis); die Diskussion hierüber ist jedoch noch nicht vollständig abgeschlossen. Die Ätiologie ist unklar. Betroffen ist hauptsächlich die Altersgruppe zwischen 30 und 60 Jahren, und bei Frauen ist die Krankheit dreimal häufiger als bei Männern. Neben der lateralen Thoraxwand ist der Sulcus coronarius eine weitere Prädilektionsstelle.

Die Mondorsche Krankheit geht nicht mit Allgemeinsymptomen einher. Meistens ist die Veränderung nur einige Zentimeter lang, gelegentlich aber bis zu 40 cm. Komplikationen sind nicht bekannt, eine Therapie ist nicht erforderlich.

Privatdozent Dr. W. Sterry, Universitäts-Hautklinik Köln

Fall 1142 122

Ureterocele. – Die linke Aufnahme zeigt eine quer verlaufende Doppelung des Blasenbodens mit nahezu rundem dorsalem Lumen und einem bogig darüberliegenden ventralen Lumen. Das dorsale Lumen gehört zu einer großen Ureterocele, in die der untere gestaute, zu einer Doppelniere links gehörende Ureter (duplex) einmündet.

Nach Kontrastmittelgabe erfolgte nur eine Kontrastierung des Blasenhauptlumens, während in die gestaute Ureterocele hinein keine Ausscheidung erfolgte. Durch die zunehmende Füllung des Hauptlumens wurde die Ureterocele nach links dorsal komprimiert.

Dr. med. habil. H. Treugut, Radiologisches Institut des Katharinenhospitals Stuttgart

Fall 1143 161

Periorale Dermatitis. – Dieses Krankheitsbild ist erst nach dem Zweiten Weltkrieg häufig geworden; beobachtet wird es fast ausschließlich in westlichen Ländern. Betroffen sind überwiegend Frauen zwischen 20 und 40 Jahren. Charakteristisch ist die periorale und periorbikuläre Lokalisation, wobei im typischen Fall ein schmaler Saum um die Lippen von den Veränderungen ausgespart bleibt. Im Gegensatz zur Rosacea, von der sich die periorale Dermatitis durch eine Reihe von Punkten unterscheidet, sind die Papeln und Pusteln deutlich kleiner.

Ätiologisch wurden zahlreiche Faktoren angenommen; gesichert ist, daß die längere Anwendung von lokalen fluorierten Corticosteroiden in diesem Bereich das Entstehen der perioralen Dermatitis begünstigt. Die Therapie besteht daher im Absetzen der fluorierten Corticosteroide und in der konsequenten Durchführung einer austrocknenden Lokaltherapie. Den Patientinnen muß mitgeteilt werden, daß es zu Beginn der austrocknenden Therapie zu einer Verschlechterung des Krankheitsbildes kommen kann; im allgemeinen sind die Hautveränderungen unter einem derartigen Vorgehen aber innerhalb von einem Monat vollständig abgeklungen.

Privatdozent Dr. W. Sterry, Universitäts-Hautklinik Köln

Fall 1144 162

Myokardhypertrophie bei Fetopathia diabetica. – Nach klinischem Bild und Anamnese bestand der dringende Verdacht auf eine Fetopathia diabetica. Bei intensiverem Nachfragen stellte sich ein leichter, aber während der Schwangerschaft schlecht eingestellter Diabetes mellitus der Mutter heraus. Kinder diabetischer Mütter haben im Vergleich zu Kindern nicht-diabetischer Mütter ein siebenfach höheres Risiko für strukturelle Herzfehlbildungen, und in bis 40% der Fälle entwickelt sich intrauterin eine ausgeprägte Myokardhypertrophie. Dementsprechend finden sich postpartal neben den allgemeinen Zeichen der diabetogenen Fetopathie röntgenologisch eine Kardiomegalie, im Elektrokardiogramm eine ausgeprägte Hypervoltage unter Bevorzugung der septumnahen Brustwandableitungen V_2 bis V_4 sowie Repolarisationsstörungen in den rechtspräkordialen Ableitungen. Echokardiographisch erscheint das Myokard von linkem Ventrikel und Septum erheblich verdickt, in einzelnen Fällen besteht eine asymmetrische Septumhypertrophie mit linksventrikulärer Ausflußbahnobstruktion entsprechend einer sekundären Kardiomyopathie vom hypertrophisch-obstruktiven Typ. Digitalisierung ist daher absolut kontraindiziert und zum Teil lebensbedrohlich. Die Veränderungen im Elektrokardiogramm haben sich meist nach 6–8 Wochen zurückgebildet, die Myokardveränderungen sind meist innerhalb von 6 Monaten vollständig reversibel.

Literatur: Way, G. L., R. R. Wolfe, E. Eshagpour, R. L. Bender, R. B. Jaffe, H. D. Ruttenberg: The natural history of hypertrophic cardiomyopathy in infants of diabetic mothers. J. Pediat. 95 (1979), 1020.

Privatdozent Dr. H. E. Ulmer, Abteilung Kinderkardiologie, Universitäts-Kinderklinik Heidelberg

Fall 1145 201

Nickel-Allergie (Jeansknopf-Dermatitis). – Nickel-Allergien zählen mit zu den häufigsten Kontaktsensibilisierungen überhaupt. Typischerweise geben die überwiegend weiblichen Patienten eine Unverträglichkeit von Modeschmuck an; auch Klammern von Büstenhaltern und Strumpfhaltern werden dann nicht vertragen.

Nickel ist ebenfalls in zahlreichen Knöpfen an Kleidungsstücken enthalten; bei der Gewohnheit, Jeans ohne Unterhemd direkt auf der Haut zu tragen, kommt es bei Sensibilisierten zu einem umschriebenen Kontaktekzem im Bereich des Bauchnabels, das bereits klinisch als Anhiebsdiagnose erkannt werden kann. Die Sicherung erfolgt durch eine Epikutantestung.

Privatdozent Dr. W. Sterry, Universitäts-Hautklinik Köln

Fall 1146 202

Zystennieren. – Es liegt das typische Bild von Zystennieren vor, bei dem die Nieren stark vergrößert und mit flüssigkeitsgefüllten, von dünnen Parenchymsäumen umgebenen Hohlräumen ausgefüllt sind. Die linke Niere, besonders in ihrem dorsolateralen Anteil, enthält hier etwas mehr Parenchym als die rechte. Ein Hämatom oder andere zusätzliche Schädigungen sind nicht zu erkennen.

Dr. med. habil. H. Treugut, Radiologisches Institut des Katharinenhospitals Stuttgart

Fall 1147 241

Nekrotisierende Vaskulitis. – Die kutane nekrotisierende Vaskulitis gehört zu den Immunkomplex-Erkrankungen. Die Immunkomplexe, die aus unterschiedlichen Gründen entstehen können und die Vielfalt des Krankheitsbildes verursachen, lagern sich in den Blutgefäßen, den Gelenken sowie in den Glomerula der Nieren ab. Dort kommt es dann zur Komplementaktivierung und zum Ablauf eines stereotypen Entzündungsmusters mit Anlockung von Granulozyten. Die Granulozyten zerfallen im Rahmen des entzündlichen Geschehens: Dieser Prozeß wird als Leukozytoklasie bezeichnet. Ein typisches Beispiel für eine nekrotisierende Vaskulitis ist die Purpura Schönlein-Henoch, die nach Streptokokkeninfekten auftritt; Streptokokkenantigene verbinden sich mit den entsprechenden Antikörpern zu Immunkomplexen. Diese lagern sich in den angegebenen Vorzugslokalisationen ab und führen zu dem charakteristischen klinischen Bild.

Unter Corticosteroid-Therapie lassen sich die nekrotisierenden Vaskulitiden der Haut innerhalb einiger Wochen zum Rückgang bringen. Die Therapie sollte stets so lange fortgeführt werden, bis im Urinsediment keine Erythrozyten mehr nachweisbar sind.

Privatdozent Dr. W. Sterry, Universitäts-Hautklinik Köln

Fall 1148 242

Rechtsatrialer superiorer Vorhofrhythmus. – Die P-Wellen sind in den Ableitungen I, II, III, aVF sowie V_1, V_5 und V_6 positiv, in V_2, V_3 negativ. Wie besonders in den Ableitungen I, aVL, V_5 und V_6 zu

erkennen, sind die P-Zacken doppelgipflig. Die PQ-Zeit beträgt bei einer Frequenz von 52/min 0,10 s. Diese Konstellation der Vorhoferregung weist auf ein im rechten oberen Vorhof liegendes Erregungsbildungszentrum hin.

Dr. J. Szentklaray, Sanatorium der Barmherzigen Brüder, Bad Reichenhall

Fall 1149 281

Kawasaki-Syndrom. – Die Simplex-Form der angeborenen Epidermolyse kann tatsächlich erst nach 1–2 Lebensjahren an den dann stärker beanspruchten Handtellern und Fußsohlen auftreten. Dieser Patient ist sechs Jahre alt und weist keine chronische, sondern eine akute Anamnese auf. Das spricht gegen einen Scharlach. Eine Interdigitalmykose würde überhaupt keine Allgemeinanamnese aufweisen, das Lyell-Syndrom dagegen eine ganz kurze, vielleicht nur Stunden dauernde, jedoch hochakute. Es bleiben Hautschuppungen im Anschluß an plantare und palmare Erytheme. Sie sind für das Kawasaki-Syndrom typisch.

Prof. Dr. P. Sachtleben, Kinderklinik der Kliniken St. Elisabeth, Neuburg/Donau

Fall 1150 282

Nierenbeckentumor. – Von den differentialdiagnostisch genannten Strukturen im Nierenbecken zeigt nur der Nierenbeckentumor eine solche leichte Dichteanhebung. Die Ursache liegt in der meist spärlichen, aber im Gegensatz zu Konkrementen und Koageln immer vorhandenen Vaskularisation eines Nierenbeckentumors. Etwa 85% der Nierenbeckenkarzinome sind vom »Transitionalcell«-Typ, etwa 15% sind Plattenepithelkarzinome.

Dr. med. habil. H. Treugut, Radiologisches Institut des Katharinenhospitals Stuttgart

Fall 1151 321

Keratoakanthom. – Die Diagnose wurde gesichert durch das histologische Bild: pseudokarzinomatöse, nicht-invasive Epithelhyperplasie mit zentralem Hornpfropf. Der Hornpfropf und das rasche Wachstum sprechen für ein Keratoakanthom, nicht jedoch für ein Plattenepithelkarzinom. Der Tumor kann sich spontan ebenso rasch zurückbilden, wie er entstanden ist. Ein Molluscum contagiosum ist in diesem Alter ungewöhnlich. Das Granuloma pyogenicum (pediculatum) ist weich, rot und vulnerabel.

M. A. Everett, M. D.; D. A. Weigand, M. D., Professor of Dermatology, University of Oklahoma Medical School

Fall 1152 322

AV-Block II. Grades, Typ Mobitz 1, mit wechselndem Blockierungsgrad. – Die PQ-Zeit verlängert sich von 0,22 s zunehmend auf 0,34 s, und nach der vierten P-Zacke ist kein Kammerkomplex zu finden. Die nächste PQ-Dauer beträgt 0,22 s. Nach der darauffolgenden P-Welle fällt die Kammersystole wieder aus. Im Endteil der EKG-Aufzeichnung ist ein dem Anfang entsprechendes Bild zu beobachten.

Es besteht ein AV-Block II. Grades, Typ Mobitz 1 mit 4 : 3- und 2 : 1-Überleitungen im Wechsel. Die Vorhoffrequenz beträgt 72/min, die arrhythmische Kammerfrequenz zwischen 37/min und 68/min. Bei einer ausschließlichen 2 : 1-Blockierung ist eine Differentialdiagnostik zwischen einem Typ Mobitz 1 und 2 nicht möglich. Eine Änderung des Blockierungsgrades, wie auch in diesem Fall, läßt bei einem 2 : 1-Block auf eine Wenckebachsche Periodik schließen.

Im Elektrokardiogramm ist auch ein linksanteriorer Hemiblock zu erkennen (überdrehter Linkstyp). Obwohl im Oberflächen-EKG nur bedingt Hinweise auf eine Lokalisation des AV-Blockes zu gewinnen sind, weist die zusätzliche ventrikuläre Reizleitungsstörung auf eine vom AV-Knoten distal liegende Blockierung hin.

Dr. J. Szentklaray, Sanatorium der Barmherzigen Brüder, Bad Reichenhall

Fall 1153 361

Ependymom. – Dieser vergleichsweise seltene Tumor wächst oft im oder benachbart zum Ventrikelsystem. Im Gegensatz zu den meisten anderen Gliomen sind die Ependymome überwiegend gut abgegrenzte Tumoren, die benachbarte Strukturen eher verdrängen als infiltrieren.

Sydney S. Schochet, Jr., M. D., Professor of Pathology, University of Oklahoma Health Sciences Center; William F. Mc Cormick, M. D., Department of Pathology, University of Texas Medical Branch, Galveston

Fall 1154 362

Parasitose: Ascaris lumbricoides. – Auf dem Röntgenbild ist ein Ascaris-Wurm im kontrastierten Dünndarm an einem bandförmigen, 3–5 mm breiten und 5–30 cm langen Füllungsdefekt zu erkennen, der bei Palpation Eigenbewegung zeigen kann. Hat der Wurm das Kontrastmittel aufgenommen, sieht man einen nur 1–3 mm breiten, dem Darmkanal entsprechenden Streifen.

Die Würmer sind meist im Jejunum und Ileum zu finden, aufgrund der Motilität auch gelegentlich im Duodenum und Magen. Bei starkem Befall ist das Darmlumen vollgestopft, was besonders bei Kleinkindern einen mechanischen Ileus zur Folge haben kann.

Dr. med. habil. H. Treugut, Radiologisches Institut des Katharinenhospitals Stuttgart

Fall 1155 401

Meningokokkensepsis. – Auffällig ist die im wahrsten Sinne des Wortes unheimlich rasche Progredienz zu einem schweren Krankheitsbild. Schnakenstiche bei Grippe und Skabies sind damit unvereinbar. Beim toxischen Scharlach müßten akute Tonsillitis, Enanthem des weichen Gaumens und schließlich auch eine andere Morphe des Exanthems vorliegen, wenn auch die Morphe beim heutigen Scharlach oft nicht typisch ist. Gegen toxische Insektenstiche spricht das schwere Allgemeinbild bei geringem Lokalbefund. Für Meningokokken sprechen aber die rasche Zunahme der Krankheit (die innerhalb von weniger als einem Tag zum Tode im septischen Schock oder infolge Verbrauchskoagulopathie führen kann), die hochverdächtigen Hautflecken, bei denen es sich um septische Embolien handelt, und schließlich die Somnolenz. Bei Prüfung auf Meningismus ist das Brudzinski-Nackenzeichen nur fraglich positiv, das Kernigsche Zeichen angedeutet. Bei der Lumbalpunktion entleerte sich eitriger Liquor mit massenhaft Meningokokken.

Prof. Dr. P. Sachtleben, Kinderklinik der Kliniken St. Elisabeth, Neuburg/Donau

Fall 1156 402

Fehlbildung: retrocavaler Ureter. – Das Computertomogramm entstand in Bauchlage des Patienten, nachdem durch eine Kontrastmittelinjektion die Ureteren kontrastiert worden waren. Man erkennt, daß der weite rechte Ureter hinter die Vena cava inferior zieht und dort ein deutlich schmaleres Lumen aufweist.

Der retrocavale Ureter ist mit einer Häufigkeit von etwa 1% bei Sektionen nicht so selten, wie meist vermutet, und verursacht nur bei Harnstauung gelegentlich klinische Symptome. Er entsteht, wenn bei der Ausbildung der unteren Hohlvene aus den drei longitudinalen Venenzügen die Vena postcardinalis persistiert, damit zur Vena cava inferior wird und so den Ureter hinter sich bringt.

Dr. med. habil. H. Treugut, Radiologisches Institut des Katharinenhospitals Stuttgart

Fall 1157 441

Tuberculosis cutis verrucosa. – Bei dem Patienten wurde eine aktive Lungentuberkulose festgestellt. Die Hautbiopsie ergab ein tuberkulöses Granulom mit säurefesten Stäbchen. Die Hautläsion verschwand während systemischer Tuberkulosebehandlung rasch.

S. D. Lantis, M. D., Associate Clinical Professor of Medicine, University of Wisconsin, Madison

Fall 1158 442

Supraventrikuläre Tachykardie mit konstantem komplettem Linksschenkelblock und intermittierendem Rechtsschenkelblock. – Es besteht ein regelmäßiger Sinusrhythmus mit einer Frequenz von 104/min bei ständigem Wechsel von Mittellage- und Steiltyp. Konstante PQ-Zeit mit 0,20 s, grenzwertig zum AV-Block I. Grades. Auffällig ist ein konstanter Wechsel zwischen einem kompletten Linksschenkelblock (QRS 0,13 s, OUP in V_1 0,02 s, OUP in V_6 0,07 s) und einem kompletten Rechtsschenkelblock vom Wilson-Typ (QRS 0,15 s, OUP in V_1 0,11 s, OUP in V_6 0,07 s) mit entsprechenden Erregungsrückbildungsstörungen. Der VVI-Schrittmacher ist bei hoher Ventrikelfrequenz blockiert.

Wegen der regelmäßigen Vorhofaktionen mit festem AV-Intervall kommt eine ventrikuläre Extrasystolie oder Tachykardie nicht in Betracht. Bei einer bidirektionalen Tachykardie wäre ein konstanter Rechtsschenkelblock mit zusätzlichem Wechsel zwischen LAHB und LPHB, im übrigen ein Frequenzbereich von 160 bis 220/min zu erwarten.

In diesem Fall handelt es sich um einen asymmetrischen inkompletten trifaszikulären Block bei supraventrikulärer Tachykardie (SVT). Da bei allen Kammerkomplexen eine konstante Verzögerung des OUP in V_6 von 0,07 s besteht, liegt ein konstanter kompletter Linksschenkelblock mit vermutlicher Lokalisation im Hauptstamm vor. Hinzu kommt ein intermittierender Rechtsschenkelblock (II. Grades), wahrscheinlich infolge tachykardiebedingter Ermüdung der Erregungsleitung im rechten Tawara-Schenkel. Nach Behebung der Tachykardie zeigte sich ein konstanter kompletter Linksschenkelblock mit AV-Block I. Grades (PQ-Zeit 0,22 s) als Hinweis auf eine zwischen I. (bei Normalfrequenz) und II. (bei SVT) Grad wechselnde Blockierung des rechten Schenkels.

Dr. W. Abenhardt und Dr. L. Böning, Medizinische Klinik III der Universität München im Klinikum Großhadern

Fall 1159 481

Meningokokkensepsis. – Die rasche Progredienz bis zum Stupor spricht gegen seborrhoische Dermatitis. Aber auch eine Insolations-Dermatitis mit meningealer Reizung kann nicht vorliegen, weil es Spätherbst ist. Für Masern ist der Verlauf zu foudroyant, außerdem fehlen Konjunktivitis, Rhinitis und Bronchitis. Der Rachen des Kindes war reizlos, ein Scharlach damit ausgeschlossen. Die Lumbalpunktion ergab eitrigen Liquor mit Meningokokken. Die verlängerte Blutungszeit mit Thrombozytenverminderung und die verlängerte Gerinnungszeit kündigten eine entstehende Verbrauchskoagulopathie an. Ein septischer Schock lag nicht vor, der Kreislauf war glücklicherweise stabil.

Prof. Dr. P. Sachtleben, Kinderklinik der Kliniken St. Elisabeth, Neuburg/Donau

Fall 1160 482

Artefakt. – Es handelt sich um ein stark ausgeprägtes Schichtungsphänomen, entstanden durch unzureichende Mischung von Nativ- und Kontrastgalle. Das Vorliegen multipler »schwebender« kleiner, nicht schattengebender Konkremente konnte durch die Sonographie ausgeschlossen werden, die keinerlei Schallschatten, sondern nur die typische dorsale Schallverstärkung zeigte.

Da bei der Patientin jedoch kurz nach der stationären Aufnahme sonographisch der Verdacht auf ein kleines Solitärkonkrement im Ductus cysticus bestand, das sich zum Zeitpunkt der hier dargestellten Untersuchung aber nicht mehr auffinden ließ, mußte ein Steinabgang vermutet werden. Die Patientin konnte beschwerdefrei die Klinik verlassen.

Dr. med. habil. H. Treugut, Radiologisches Institut des Katharinenhospitals Stuttgart

Fall 1161 521

Lymphangioma circumscirptum. – Herpes simplex und Herpes zoster können rezidivieren, sie bleiben jedoch nicht andauernd bestehen. Beide gehen außerdem mit einem deutlichen Erythem einher. Dermatitis herpetiformis im Kindesalter bleibt selten so lokalisiert oder dauert selten so lange an. Beim Lymphangioma circumscriptum, einem benignen, lokalisierten Tumor der Lymphgefäße, sind bis zur Pubertät Rezidive nach Behandlung sehr häufig; danach sind Spontanremissionen möglich.

M. A. Everett, M. D., Professor of Dermatology; D. A. Weigand M. D., Professor of Dermatology, University of Oklahoma Medical School

Fall 1162 522

Morbus Ormond. – Der hier vorliegende Befund ist diskret: Sowohl Aorta als auch Vena cava inferior sind von weichteildichtem Gewebe dünn umhüllt, was vor allem zu einem Verstreichen der Zwickel zwischen den Gefäßen untereinander und zur Wirbelsäule geführt hat. Die retroperitonealen Gefäße erscheinen wie »eingebettet«. Die Ureteren sind auf der Aufnahme nicht kontrastiert und nicht sicher zu erkennen.

Beim Morbus Ormond (retroperitoneale Fibrose) führt eine ätiologisch unklare sklerosierende Entzündung des retroperitonealen Gewebes zur Medialverziehung und Stenosierung von Organen, Gefäßen und anderen Gangstrukturen, was bei den Ureteren eine Abflußbehinderung mit entsprechenden klinischen Symptomen zur Folge haben kann.

Dr. med. habil. H. Treugut, Radiologisches Institut des Katharinenhospitals Stuttgart

Fall 1163 561

Kawasaki-Syndrom. – Für Scharlach fehlt die hochrote, für Mononukleose die livid-rote Angina. Da die Schleimhäute nicht atrophisch sind und noch dazu hochrot, ist ein Plummer-Vinson-Syndrom recht unwahrscheinlich. Für eine Verbrühung gibt es aus der Anamnese keinen Anhalt. Für das Kawasaki-Syndrom sprechen die »Lacklippen« und die Himbeerzunge. Es besteht meist noch eine Konjunktivitis, die auf dem Bild aber nur schwach erkennbar ist. Die kutanen Zeichen sind atypische Exantheme und Plantar-Palmar-Erythem. Die Ursache der Krankheit ist unbekannt. Infolge der Ausbildung koronarer Aneursymen kann es zum plötzlichen Tod der Patienten kommen.

Prof. Dr. P. Sachtleben, Kinderklinik der Kliniken St. Elisabeth, Neuburg/Donau

Fall 1164 562

Pleuraerguß bei Myokardinsuffizienz. – Neben dem vergrößerten Herzen mit den Zeichen der pulmonal-venösen Stauung (große unscharfe Hili, aufgeweitete Oberlappengefäße, einzelne, diffus verteilte alveoläre Stauungsinfiltrate) erkennt man einen linksseitigen Pleuraerguß (basale Verdichtung ohne Abgrenzbarkeit des Zwerchfells, Flüssigkeitslamelle lateral zwischen den Pleurablättern und perikardial). Auch die Verdichtungszone, die schräg über die linke Lunge verläuft und scharf nach medial, unscharf nach lateral begrenzt ist, wird durch den Pleuraerguß hervorgerufen. Sie entsteht durch Ansammlung von Ergußflüssigkeit im Interlobium, dessen Pleurablätter hilusnah fest aufeinanderliegen können. Das

führt dazu, daß die von lateral nach zentral in das Interlobium eindringende Flüssigkeit nur bis zu dieser »Klebestelle« vordringen kann und somit die Dichte abrupt abbricht.

Das Röntgen-Thoraxbild konnte somit keinen Hinweis auf einen fieberhaften Prozeß erbringen.

Dr. med. habil. H. Treugut, Radiologisches Institut des Katharinenhospitals Stuttgart

Fall 1165 601

Toxikose bei Enteritis. – Enzephalitis und Meningitis wurden durch Lumbalpunktion ausgeschlossen. Gegen einen Ileus spricht die Tatsache der häufigen Stühle. Sicher handelt es sich um eine schwere akute Enteritis, als deren Ursache eine Appendizitis nicht sicher ausgeschlossen werden kann. Jedenfalls weist dieses Kind das sicherste Zeichen eines Wasser-Salz-Mangels (Exsikkose) auf: Es ist hohläugig infolge Schwunds der Substanz (des Wassers) aus den Unterlidern. Es ist nicht dystroph: runde Kinnpartie, gepolsterte Subcutis. Augenlider sind im Kindesalter brauchbare Hydrometer.

Prof. Dr. P. Sachtleben, Kinderklinik der Kliniken St. Elisabeth, Neuburg/Donau

Fall 1166 602

Asymmetrische Gallenwegsobstruktion im Leberhilus mit bevorzugter Kompression des linken Hepaticusgabel-Bereiches. Im rechten Leberlappen ist nur die Erweiterung eines großen Hepaticusgabel-Astes nachweisbar, während im linken Leberlappen auch zahlreiche kleine und kleinste intrahepatische Gallenwege dilatiert sind (rechte Bildhälfte). Bemerkenswert ist der geometrisch imponierende sprunghafte Wechsel der Reflexibilität des Leberparenchyms, der in diesem Falle ausnahmsweise eine exakte sonographische Abgrenzung zwischen rechtem und linkem Leberlappen zuläßt. Die Diagnose wurde in der perkutan-transhepatischen Cholangiographie bestätigt. Die bei der Laparotomie gefundenen kleinen Lymphknotenmetastasen eines Adenokarzinoms im Leberhilus waren sonographisch nicht differenzierbar. Der Patient wurde mit einer intrahepatischen bilidigestiven Anastomose versorgt.

Dr. L. Greiner und Dr. P. Prohm, Innere Abteilung und Chirurgische Abteilung des Krankenhauses St. Josef, Wuppertal

Fall 1167 643

Mononukleose. – Bei Mumps wären die Schwellungen vor, nicht hinter den Kieferwinkeln. Masern müßten das katarrhalische Vorstadium wenigstens in irgendeiner Andeutung gezeigt haben. Leukämie verursacht Hautblutungen. Da die Flecken des Exanthems aber wegdrückbar sind, muß es sich um Maculae handeln, nicht um Petechien. Scharlach verläuft heute atypisch, ein so ausgeprägtes Exanthem an den Extremitäten bei weitgehender Aussparung des Stammes wäre aber doch recht ungewöhnlich, zudem waren die Tonsillen nicht hochrot geschwollen, sondern nur livid-schleimig. Im Blutausstrich fanden sich reichlich typische Pfeiffer-Zellen; sie sehen wie große Lymphozyten aus, haben aber zum Unterschied von ihnen eine retikuläre Kernstruktur wie die von Monozyten, und ihr Kern ist nie gelappt. Zudem ist das Plasma transparenter und weist nur am Rande der Zelle einen blauen Verdichtungsstreifen auf.

Prof. Dr. P. Sachtleben, Kinderklinik der Kliniken St. Elisabeth, Neuburg/Donau

Fall 1168 644

Kombinationssystolen bei einfacher AV-Dissoziation. – Es besteht eine Sinusarrhythmie, die Vorhoffrequenz liegt zwischen 37 und 48/min. Die PQ-Zeit variiert zwischen 100 und 190 ms, im vierten Schlag erscheint die P-Zacke hinter dem QRS-Komplex. Neben dem Sinusrhythmus ist ein AV-Knoten-Rhythmus mit einer Eigenfrequenz von 43/min vorhanden. Bei rechtzeitigem Auftreten wird die Vorhoferregung übergeleitet, bei Abfall der Sinusfrequenz schlagen die Kammern in der Frequenz des AV-Erregungszentrums. Im Falle des zweiten und dritten Schlages trifft die übergeleitete Vorhoferregung auf die in der Kammer schon entspringende Kammererregung. Aus der Interferenz der zwei Erregungswellen entstehen formkritisch unterschiedliche QRS-Komplexe. Statt eines Indifferenztyps ist ein überdrehter Linkstyp zu erkennen. Aus der Interferenz, die auf Ventrikelebene stattgefunden hat, ist eine Kombinationssystole entstanden.

Der Nachweis eines Kombinationschlages ist ein wichtiger Hinweis auf eine inkomplette AV-Dissoziation.

Dr. J. Szentklaray, Sanatorium der Barmherzigen Brüder, Bad Reichenhall

Fall 1169 687

Pylorusstenose. – Dieses Kind ist dystroph (spitzes Kinn, fast kein Unterhautfett). Das heutzutage häufige Überfütterungssyndrom kann also nicht vorliegen. Der angeborene Verschluß des Duodenums würde schon in den ersten Lebenstagen zu Symptomen geführt haben. Auch das adrenogenitale Syndrom beginnt schon in der Postnatalzeit. Die Malrotationssyndrome äußern sich mehr in attackenweisem Erbrechen, sind letztlich jedoch nur durch Röntgenuntersuchungen zu differenzieren. Als wahrscheinlichste Diagnose bleibt die hypertrophe Pylorusstenose. Dieses Kind zeigt nicht die Symptome des Wasser-Salz-Mangels (Exsikkose), sondern des Nahrungsmangels (Dystrophie).

Prof. Dr. P. Sachtleben, Kinderklinik der Kliniken St. Elisabeth, Neuburg/Donau

Fall 1170 688

Pyonephrose. – Im Computertomogramm fiel neben den Veränderungen der linken Niere (Rotation, Nierenbeckenstein) keine grobe Veränderung der Morphologie der rechten Niere auf, man beobachtete jedoch eine identische Dichte des Nierenbeckens und des Nierenparenchyms. Somit muß eine Auffüllung des Hohlraumsystems mit solidem Gewebe statt mit Flüssigkeit vorliegen.

Operativ bestätigte sich die Diagnose einer Pyonephrose auf dem Boden einer chronisch abszedierenden Pyelonephritis. Es wurde eine Nephrektomie durchgeführt.

Dr. med. habil. H. Treugut, Radiologisches Institut des Katharinenhospitals Stuttgart

Fall 1171 731

Scharlach. – Das Abdomen zeigt sich auch auf dem Bild eingefallen, es war weich und druckindolent. Peritonitis und Gastroenteritis sind damit schon unwahrscheinlich, ebenso die akute Gastritis nach Einnahme von unverträglicher Nahrung, der »verdorbene Magen«. Die Racheninspektion zeigt hochrote, glasig geschwollene Tonsillen mit weiß-gelblichen Flecken; dies muß eine bakterielle Tonsillitis sein. Die (virale) Grippe scheidet damit ebenfalls aus. Es bleibt der Scharlach, bei dem die zunächst weiß belegte »Porzellanzunge« ebenso typisch ist wie das hier gezeigte Exanthem. Es ist in der Einzeleffloreszenz kleinfleckig, 1–2 mm im Durchmesser, neigt zu Konfluenz (»Scharlachröte«) und ist, wenn man mit dem Finger darüberstreicht, infolge follikulärer Schwellungen »chagriniert«, ähnliche einer Gänsehaut. An diesem Tastbefund kann man auch bei Negern ein Scharlachexanthem diagnostizieren.

Prof. Dr. P. Sachtleben, Kinderklinik der Kliniken St. Elisabeth, Neuburg/Donau

Fall 1172 732

Abszesse. – Der Luft-Flüssigkeits-Spiegel im rechten Oberbauch ist nicht der rechten Flexur zuzuordnen (sie ist pelottiert und leicht nach kaudal-medial abgedrängt), sondern zeigt einen einschmelzenden Prozeß an. Die vereinzelten kleinen Spiegelbildungen von

Dünn- und Dickdarm deuten auf eine noch nicht massiv ausgeprägte Tonusstörung (»Subileus«) hin.

Intraoperativ fand sich neben dem subhepatischen Abszeß rechts auch ein riesiger subphrenischer Abszeß links, die »Magenblase« der Röntgenaufnahme entsprach somit auch einer Einschmelzungshöhle. Eine Ursache der multiplen Abszedierungen wurde nicht gefunden. Die Hüftkopfnekrose rechts war bekannt.

Dr. med. habil. H. Treugut, Radiologisches Institut des Katharinenhospitals Stuttgart

Fall 1173 771

Endogenes juveniles Ekzem. – Das Fehlen jeglicher Mund- und Rachenbefunde spricht gegen Masern und Scharlach. Skabies würde örtlich gehäufte und verschieden große Effloreszenzen hervorrufen. Das perakute Lyell-Syndrom führt zur Ablösung der Epidermis und zu Blasen wie nach Verbrennungen. Für ein Ekzem sprechen der starke Juckreiz (Kratzspuren) und die Infiltration der Haut durch winzige Knötchen.

Prof. Dr. P. Sachtleben, Kinderklinik der Kliniken St. Elisabeth, Neuburg/Donau

Fall 1174 772

Hämatom. – Man erkennt im Bereich der früheren linken Niere eine rundliche Struktur von etwa 7 cm Durchmesser, die einzelne Areale höherer Dichte aufweist und mit einer Infiltration der links lateral-dorsalen Abdominalwand in Verbindung steht. Die hohe Dichte ist typisch für ein frisches Hämatom, da durch die Resorption des Blutplasmas der prozentuale Anteil der korpuskulären und dichteren Blutbestandteile zunächst ansteigt.

Operativ fand sich ein Hämatom im linken Nierenlager mit älteren und frischen Blutungen, dessen Ursache nicht geklärt werden konnte. Eine Infektion des Hämatoms konnte ausgeschlossen werden.

Dr. med. habil. H. Treugut, Radiologisches Institut des Katharinenhospitals Stuttgart

Fall 1175 811

Morbus Schönlein. – Die Serumkrankheit ist durch Ausschluß vorausgeganger Seruminjektionen, der Morbus Werlhof und die Leukämie sind schon durch die Art der Hautflecken unwahrscheinlich. Diese zeichnen sich durch die Gemeinsamkeit von Macula (Kapillarerweiterung, wegdrückbar) und Purpura (kutane Blutung, nicht wegdrückbar) aus. Bei Thrombopenie dominiert die reine Purpura. Ob sich hier eine chronische Polyarthritis entwickelt, kann letztlich nur der weitere Verlauf zeigen; zu erwarten ist es aber nicht, denn dem Exanthem fehlen die Merkmale des Erythema exsudativum multiforme. Es ist aber typisch für Morbus Schönlein: Er bevorzugt die Extremitäten und hier die Streckseiten, ist mehr oder weniger symmetrisch und am sichersten am Gesäß zu finden. Das Typische der Einzeleffloreszenz ist die Mischung von Macula und Petechie. Die (flüchtigen) Gelenkschwellungen, bei dieser Patientin besonders des rechten Knies, sind eine bekannte Komplikation (»rheumatoide Purpura«), ebenso die Bauchkoliken (Morbus Henoch) infolge Darmblutung. So verwundert es nicht, wenn das Kind noch am Abend des gleichen Tages begann, Teerstühle zu entleeren.

Prof. Dr. P. Sachtleben, Kinderklinik der Kliniken St. Elisabeth, Neuburg/Donau

Fall 1176 812

Mediastinalphlegmone. – Hier liegen die klassischen Röntgenveränderungen einer Mediastinitis bzw. Mediastinalphlegmone vor: Verbreiterung und unscharfe Begrenzung des Mediastinums mit Auflockerung der Strukturen, partielle Gewebseinschmelzung mit Spiegelbildung, Pleuraerguß, Weichteilemphysem.

Auch die erneute Intubation des Patienten zu Beginn der Intensivbehandlung erwies sich aufgrund der bestehenden anatomischen Verhältnisse als schwierig. Nach operativer Eröffnung des Mediastinums und unter antibiotischer Therapie wurde die zunächst prognostisch ungünstig beurteilte Infektion beherrscht.

Dr. med. habil. H. Treugut, Radiologisches Institut des Katharinenhospitals Stuttgart

Fall 1177 851

Nephrotisches Syndrom. Konjunktivitis verlangt Rötung der Konjunktiven. Schlafaugen sind nur nach dem Schlaf und nur gering geschwollen. Quincke-Ödeme sind flüchtiger, gegebenenfalls besteht auch Familiarität. Im Harn dieses Patienten zeigte sich eine ungewöhnlich starke Proteinurie (20‰). Bei einer Nephritis wäre sie weniger ausgeprägt, dazu bestünde eine deutliche Erythrozyturie, die hier nur gering vorhanden war. Es handelt sich also um Lidödeme bei nephrotischem Syndrom. Hierfür spricht auch das Kleinkindesalter. Außerdem traten schließlich auch periphere Ödeme auf, ja selbst ein Pleuraranderguß wurde gefunden.

Prof. Dr. P. Sachtleben, Kinderklinik der Kliniken St. Elisabeth, Neuburg/Donau

Fall 1178 852

Anämie: Thalassämie. – Bei der Thalassämie liegt eine hereditäre Störung der Hämoglobinsynthese mit konsekutiver Anämie vor. Die Thalassaemia major, auch mediterrane Thalassämie oder Cooley-Anämie genannt, ist dabei die homozygote, die Thalassaemia minor die heterozygote Form.

Bei der Thalassaemia major erreichen nur wenige Kinder das Adoleszentenalter. Sie weisen Mißbildungen des Gesichts und innerer Organe sowie Entwicklungs- und Reifestörungen auf. Bei der Thalassaemia minor bestehen unterschiedliche klinische Symptome und Befunde, die zwischen minimalen Erythrozytenanomalien und einer schweren Anämie variieren.

Die Röntgenveränderungen entstehen durch eine erythroide Hyperplasie des Knochenmarks mit Erweiterung der Markräume und Verdünnung durch Druckatrophie des Cortex. Typischerweise erkennt man in der unteren Brustwirbelsäule neben der Osteoporose die rechteckigen Depressionen der Grund- und Deckplatten ohne Beteiligung der ventralen und dorsalen Wirbelkörperanteile, hervorgerufen durch Ischämie im Zentrum der Knochenplatte.

Dr. med. habil. H. Treugut, Radiologisches Institut des Katharinenhospitals Stuttgart

Fall 1179 891

Scharlach. – Es handelt sich um eine »Übergangszunge«, von der weiß belegten Porzellanzunge zur rot-follikulären Himbeerzunge, also um Scharlach. Hierfür sprechen Fieber und besonders die Rachenbefunde, wenn auch das Enanthem sich nur flüchtig darstellt und das Exanthem ganz fehlt. Scharlach verläuft heute oft atypisch. Er wird wahrscheinlich auch gelegentlich einmal übersehen. Glücklicherweise kommt es kaum noch zu den früher so gefürchteten Komplikationen Karditis und Nephritis.

Prof. Dr. P. Sachtleben, Kinderklinik der Kliniken St. Elisabeth, Neuburg/Donau

Fall 1180 892

Ruptur einer Corpus-luteum-Zyste. – Das Röntgenbild des Abdomens ist unauffällig bis auf einen typischen Befund im kleinen Becken. Man erkennt hier, beiderseits der Blase anliegend, annähernd dreieckige Verdichtungen (»Hundeohren«), die einer Auffüllung und Verbreiterung der paravesikalen Peritonealrecessus durch Flüssigkeit entsprechen. Im Uteruscavum befindet sich eine Metallspirale.

Bei der Operation wurde eine rupturierte Corpus-luteum-Zyste gefunden, aus der 1,5 l Blut in die Peritonealhöhle ausgetreten waren. Es wurde eine Zystenexstirpation aus dem linken Ovar mit Adhäsiolyse durchgeführt.

Corpus-luteum-Zysten erreichen eine Größe von mehr als 10 cm und führen bei ihrer Ruptur, wie in diesem Fall, gelegentlich zu schweren Blutungen mit Kreislaufkollaps. Die Symptome und Befunde können eine ektope Schwangerschaft vortäuschen.

Dr. med. habil. H. Treugut, Radiologisches Institut des Katharinenhospitals Stuttgart

Fall 1181 931

Amöbiasis. – In den ulzerösen Nekrosen der Rektumbiospie wie auch im Lumen der Appendix finden sich zahlreiche Amöben (Entamoeba histolytica). Die Protozoen sind größer als menschliche Makrophagen, bei Hämatoxylin-Eosin-Färbung blaß eosinophil, deshalb in der Übersicht schwer erkennbar, bei PAS-Färbung jedoch kräftig positiv (a). Die mit dem durchfälligen Stuhl ausgeschiedene vegetative Form (Durchmesser 15–50 µm) ist gegen Austrockung und proteolytische Verdauung im Darm extrem empfindlich, daher nicht sehr infektiös. Charakteristisch ist für sie die Phagozytose von Erythrozyten (b). Bei den Rindfleisch-Zellen des Typhus handelt es sich dagegen um kleinere, wirtseigene Makrophagen, die Erythrozyten inkorporieren. Die zweite infektiöse Form, die vom Träger und Rekonvaleszenten abgegeben wird (Durchmesser 10–20 µm), enthält vier Kerne. Eine Zystenwand schützt sie vor Austrocknung und Andauung. Sie wird durch kontaminiertes Wasser und Nahrungsmittel übertragen; im Dünndarm wird ihre Wand aufgelöst; bevorzugt in Coecum und Colon ascendens, an zweiter Stelle in Sigma und Rektum, verursacht sie Ulzerationen. Die Parasiten wandern durch die Schleimhautkrypten in die Lamina propria, vor der Muscularis mucosae werden sie meist aufgehalten. Durch seitliches Ausschwärmen entstehen unterminierende Ulcera. Perforationen der Darmwand kommen gelegentlich vor. Die entzündliche Reaktion ist histologisch auffallend spärlich, wenn nicht durch sekundäre bakterielle Infektion modifiziert. Die Amöben können in Blutgefäße eindringen und, in die Leber verschleppt, Abszesse verursachen. Lungenabszesse entstehen infolge Perforation von der Leber aus oder direkt hämatogen. Im vorliegenden Falle wurde postoperativ sono- und computertomographisch ein großer Abszeß in der Leber entdeckt. Die Amöbiasis ist keineswegs eine exotische Tropenkrankheit: Dieser Patient hatte seinen Sommerurlaub in Norditalien verbracht.

Pathologisches Institut, Katharinenhospital, Stuttgart

Fall 1182 932

Fettleber. – Im Computertomogramm wurden –16 Hounsfield-Einheiten, entsprechend 60% Fetteinlagerung, gemessen. Unter Alkoholkarenz kam es zu einer völligen Normalisierung der Befunde.

Vermutlich infolge toxischer Hemmung der Phagozytose im retikuloendothelialen System (RES) der Leber ergibt das Kolloidszintigramm nicht selten bei deutlicher Steatosis hepatis eine inhomogene, verminderte Speicherung. Gegen eine Zirrhose sprechen die deutliche Vergrößerung der Leber ohne verplumpende Deformierung, die normal große Milz und das Fehlen einer vikariierenden Speicherung im RES des Skelettes. Die differentialdiagnostische Abgrenzung gegen eine diffus-kleinfleckige Metastasierung ist szintigraphisch nicht sicher möglich.

Dr. M. Zieger, Radiologisches Institut des Katharinenhospitals, Stuttgart

Fall 1183 971

Epidermaler Naevus. – Dieser Naevus der Epidermis ist im vorgestellten Fall linksseitig als genetisches Mosaik determiniert. Da die Haut während der Embryonalphase streifenförmig auswächst und die auswachsenden Streifen nur teilweise die genetische Fehlinformation des Naevus tragen, kommt es zu diesem parallel verlaufenden Wechsel zwischen erkrankten und gesunden Hautarealen. Dabei wird das streifenförmige Wachstumsmuster der Haut erkennbar (»Blaschko-Linien«).

Da in der Anamnese Angaben über eine Entzündung fehlen, scheiden die Incontinentia pigmenti, der inflammatorische lineare verruköse epidermale Naevus sowie die Narbenbildung nach Zoster aus. Ein Naevuszellnaevus kann ebenfalls im Verlauf der Blaschko-Linien auftreten und klinisch gelegentlich nicht abzugrenzen sein. In diesem Fall muß die histologische Untersuchung die endgültige Diagnose erbringen.

Privatdozent Dr. W. Sterry, Universitäts-Hautklinik Kiel

Fall 1184 972

Kleinzelliges Bronchialkarzinom mit Myokardmetastasen und Perikarderguß. – Die zytologische Diagnose wurde wenige Wochen später autoptisch bestätigt. Bemerkenswert ist der Metastasenbefall ausschließlich des Myokards, was besonders in der frontalen Projektion gut sichtbar ist (Metastasendurchmesser bis 1,5 cm). Die Metastasen hatten die Wand der linken Kammer vollständig durchsetzt und waren zum Teil nekrotisch. Das freie Perikard war normal. Kardiale Arrhythmien bestanden nicht.

Privatdozent Dr. K. Hagemann, Abteilung Innere Medizin I, Krankenanstalten Düren

Fall 1185 1011

Kongestive Kardiomyopathie. – Die primäre Herzmuskelerkrankung geht mit einer Texturstörung (»Webfehler«) des Herzmuskels einher und kommt familiär gehäuft vor. Schon lichtmikroskopisch waren abnorme Faserverläufe und die für solche Kardiomyopathien oft typische plexiforme Fibrose aufgefallen. Die elektronenmikroskopische Abbildung zeigt einen kleinen Ausschnitt einer Herzmuskelfaser, deren Fibrillen (Bündel von Aktin- und Myosinfilamenten) schräg von rechts unten nach links oben verlaufen. Rechts oben eine einigermaßen regelrechte Fibrille aus parallel gelagerten Filamenten mit dunklen Z-Streifen. In Bildmitte eine abnorme »Verknotung« einer unregelmäßig geknickt verlaufenden Fibrille, gleichzeitig erhebliche Vermehrung osmiophiler (schwarzer) Z-Streifensubstanz. Links unten (Pfeil) abrupt quer getroffene dicke Myosin- und dünne Aktinfilamente in einem sonst längs getroffenen Filamentbündel. Die Ätiologie der primären Kardiomyopathie ist unbekannt. Sie kommt als hypertrophische und als kongestive Form vor.

Pathologisches Institut, Katharinenhospital, Stuttgart

Fall 1186 1012

Verkalktes Hämatom. – Das Urogramm nach dem Trauma zeigte eine Nierenruptur mit Hämatom. Der verkalkte Bezirk wies im Computertomogramm eine 5–8 mm dicke Kalkschale auf und zeigte im Inneren mit 25 Hounsfield-Einheiten solide Dichtewerte ohne Kontrastanreicherung.

Bei einem malignen Tumor sind die nicht seltenen Verkalkungen meist schollig-diffus über den Tumor verteilt und unregelmäßig angeordnet. Bei einem Echinococcus cysticus finden sich außer eindeutig zystischen Anteilen feine, millimeterdünne Kalkschalen, die sonographisch keine oder nur eine geringe Reflexion ergeben. Zu einem verkalkten Aneurysma paßt die Lokalisation kraniolateral im Parenchym der Niere nicht. Auch verkalkte Zysten weisen nur eine dünnere Kalkschale auf.

Dr. M. Zieger, Radiologisches Institut des Katharinenhospitals, Stuttgart

Namensverzeichnis[1]

[1] Die fettgedruckten Zahlen bedeuten Originalarbeiten.

Personalnachrichten

Ernennungen, Berufungen

Ehrungen, Auszeichnungen

Habilitationen, Dozenturen

Fischedick, A. R. 520
Franke, N. 280
Frey, M. 930
Frisch, H. 520
Fritsch, G. 890
Fuchs, H.-H. 686
Gaab, M. 770
Gabbert, H. 560
Gaertner, H.-J. 560
Galvan, M. 642
Gerber, A. 930
Gethmann, U. 440
Gödde-Salz, Elisabeth 200
Granditsch, G. 400
Grehn, F. 600
Greulich, M. 480
Grote, B. 730
Grünberger, W. 400
Gründer, K. 440
Grüneberger, A. 120
Haasters, J. 686
Hagmaier, V. 930
Hancke, E. 850
Hanka, H.-U. 280
Haschke, E. 520
Hasse, Th. J. 280
Heim, F. A. 440
Herbst, M. 890
Herrlinger, A. 642
Hesse, A. 80
Heß, G. 240
Heuser, L. 360
Hoeffken, H. 850
Höfling, B. 280
Hölscher, M. 360
Hörtnagl, H. 400
Holzer, H. 400
Hopt, U. T. 560
Huth, Ch. 560
Illes, P. 600
Imig, H. 850
Jürgens, G. 400
Kalemba, J. 320
Kamanabroo, D. 520
Karstens, J. H. 1050
Kasper, W. 970
Katz, G. 520
Kauert, G. 642
Kaufmann, M. 850
Kemkes, B.-M. 280
Kiosz, G.-D. 360
Kirch, W. 120, 686
Kirkpatrick, Ch. J. 890
Klingemann, H.-G. 280
Koenig, Annelie 360
König, H. 200
Krämer, R. 280
Krause, K.-H. 850
Kreienberg, R. 320
Kreußer, W. 850
Kuntz, Barbara 400
Lammel, E. 1050
Larbig, D. 320
Lipowsky, G. 642
Maida, Eva-Maria 520
Maier, M. 890
Mangold, U. 360
Manthey, J. 850
Matek, W. 890
Mees, K. 642
Meier, H. 642
Mensing, H. 360
Merkle, N. 360
v. Meyer, L. 280
Miller, B. 890
Möller, P. 850
Mühlemann, H. R. 400
Müller, M. 890
Müller, R. 80
Müller, W. 850
Müller-Klieser, W. 240
Nauth, H.-F. 360
Nees, St. 642
Neugebauer, R. 360
v. Nicolai, H. 1050
Niederle, N. 686
Nitsch, Cordula 280
Nix, W. 320
Oesch-Amrein, Irene 930
Olbrisch, R. R. 730
Opitz, A. 520
Oppel, O. 730
Osborn, J.-F. 600
Pape, G.-R. 280
Passia, D. 730
Peters, F. D. 560
Petersen, K.-U. 320
Petrin, P. 600
Pfefferkorn, J. 520
Pflüger, H. 520
Pflüger, W. 360
Pfreundschuh, M. 480
Pinter, H. 200
Pöllmann, L. 280
Preuner, J. 360
Puchstein, Ch. 520
Reinecke, M. 850
Reske, S.-N. 360
Rinke, H. 642
Ritter, G. 480
Rösen, P. 730
Roggendorf, M. 280
Roscher, A. 600
Rossiwall, B. 160
Rumpold, H. 520
Sahl, H.-G. 360
Salzer, H. 400
Sauerbruch, T. 642
Scheidegger, D. 730
Schmengler, K. 440
Schmid, L. 280
Schmidt, Angela 686
Schmitz, J. E. 1010
Schneider, D. 730
Schober, O. 280
Schreier, M. H. 930
Schuck, M. 642
Schwerdtfeger, W. K. 160
See, W.-R. 440
Spengel, F. A. 280
Städtler, P. 850
Stammberger, H. 770
Stampfel, O. 400
Stein, W. 560
Steinmeyer, E. M. 320
Straube, E. 560
Streeck, U. 400
Stula, D. 850
Stummvoll, H.-K. 890
Szepesi, T. 520
Teichmann, R. 642
Teusch, L. 686
Thon, K. 770
Towfigh, A.-H. 686
Tritthardt, H. 400
Vonnahme, F.-J. 280
Vozeh, S. 280
Wagner, P. K. 560
Walterbusch, G. 810
Walz, P. H. 320
Wambach, G. 850
Weidler, B. 200
Weisweiler, P. 280
Wenzel, H. 560
Windeck, R. 686
Winneke, G. 730
Wolff, F. 360
Wood, W. G. 440
Zidek, W. 520
Zimmermann, V. 480
Zschiedrich, H. 320

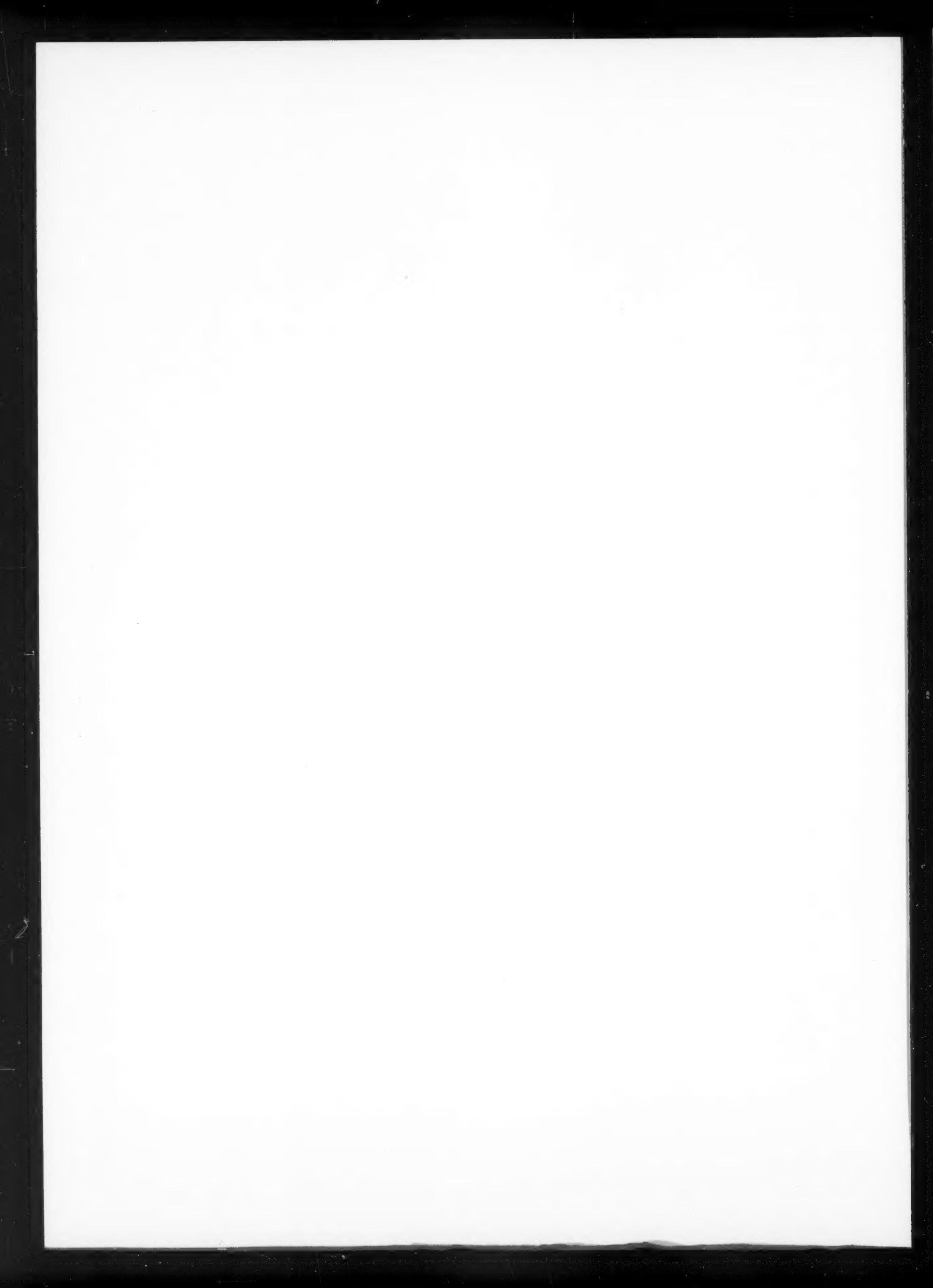
Rücktritte, Emeritierungen

Benedetti, G. 320
Eckmann, L. 930
Ehrengut, W. 890
Ehring, F. 730
Frik, W. 320
Gartmann, H. 770
Hess, J. 642
v. Hochstetter, A. 970
Klingmüller, G. 890
Kremer, K. 730
Lenz, W. 320
Leuner, H.-C. 810
Lüdin, M. 890
Marquardt, H.-D. 200
Meier, A. L. 320
Moll, G. 890
Mosebach, K.-O. 890
Niermann, H. 730
Piper, H.-F. 440
Scherer, E. 686
Schrader, A. 280
Schweitzer, H. 730
Simmer, H. 200
Trube-Becker, Elisabeth 730
Viehweger, G. 40
Willich, E. 850

Geburtstage

Adebahr, G. 890
Akert, K. 810
Amelung, W. 520
Baeyer, Ritter von, W. 850
Bäßler, K.-H. 80
Bauer, H.-J. 520
Bauer, K. F. 970
Bein, H. J. 280
Bernhard, K. 280
Binder, H. 560
Böke, W. 40
Braun, O. H. 810
Brettschneider, H. 80
Brussatis, F. 520
Buchholz, R. 770
Burner, M. 560
Corboz, R. 160
Creutzfeldt, W. 770
Dittrich, W. 400
Ehrhardt, H. 480
Eßbach, H. 400
Fehr, A. M. 560
Fellinger, K. 1010
Fischer, C.-H. 160
Friedrich, J.-C. 280
Fritz, H. 560
Gardiol, D. 730
Geks, F. J. 440
Glees, P. 280
Grüner, O. 480
Grützner, A. 400
Gukelberger, M. 1010
Häßler, E. 642
Haffter, C. 120
Hallermann, W. 810
Halter, K. 80
Hamelmann, H. 850
Harmsen, H. 730
Helbig, H.-D. 970
Hienzsch, E. 810
Hoepke, H. 770
Holder, E. 810
Holle, F. 686
Hollmann, S. 686
Holzmann, M. 520
Idelberger, Kh. 600
Isler, W. 360
Jäger, A. 810
Kaeser, H. E. 480
Kaufmann, H. J. 930
Keiderling, W. 770
Klages, W. 600
Klingenberg, G. 40
Knothe, H. 560
Koch, F. 560
Koller, Th. H. 600
Kracht, J. 440
Krauß, H. 686
Krenkel, W. 200
Krentz, K. 850
Kummer, B. 600
Lachnit, V. 890
Lapp, H. 320
Lax, H. 120
Lehnhardt, E. 642
Lembcke, W. 520
Lenz, W. 200
Leydhecker, W. 686
Lindner, A. 440
Lüdeke, H. 810
Lüllmann, H. 560
Magenat, P. 850
Maier, C. 320
Martius, G. 160
v. Massenbach, W. 40
Mauermayer, W. 890
Mayor, G. 520
Merz, W. 686
Meyer, H.-H. 930
Moser, F. 642
Nevinny-Stickel, J. 160
Oberdalhoff, H. 970
Ott, V. R. 810
Paletta, B. 80

Todesfälle



Deutsche Medizinische Wochenschrift

Anschrift für Schriftleitung und Georg Thieme Verlag: 7000 Stuttgart 30, Rüdigerstraße 14

Inhaltsverzeichnis für den 109. Jahrgang
2. Halbjahr 1984 Hefte 27–51/52



Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York

Sachverzeichnis[1]

A

[1] Die fettgedruckten Zahlen bedeuten Originalarbeiten, die Kursivzahlen Mediquiz.

B

C

D

E

M

N

O

P

R

S

T

U

